

BAB II

GANGGUAN JIWA DAN RUMAH SAKIT JIWA

2.1 Tinjauan Umum Gangguan Jiwa

2.1.1 Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa atau gangguan mental ialah sindrom atau pola perilaku, atau psikologik seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment / disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Sebagai tambahan bahwa *disfungsi* itu adalah *disfungsi* dari segi perilaku, psikologik, biologik, dan gangguan itu tidak semata-mata terletak dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat (PPDGJ-III, 2003)¹.



Gambar 2.1 : Penderita Gangguan Jiwa
(Sumber : <http://searchmagnified.com>, 16 Maret 2012)

Gangguan jiwa atau gangguan mental juga dapat diartikan sebagai gangguan (*performance*) dalam peran sosial dan pekerjaan tidak digunakan sebagai komponen esensial untuk diagnosis gangguan jiwa, oleh karena ini berkaitan dengan variasi sosial-budaya yang sangat luas. Yang diartikan sebagai '*disability*' keterbatasan atau kekurangan kemampuan atau kekurangan untuk melakukan

¹ Diagnosis Gangguan Jiwa, Rangkuman PPDGJ-III, 2003

suatu aktifitas pada tingkat *personal*, yaitu melakukan kegiatan hidup sehari-hari yang biasa dan dilakukan untuk perawatan diri dan keberlangsungan hidup (mandi, berpakaian, makan, kebersihan diri, buang air besar dan kecil), (PPDGJ-III, "The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorder")

Dari beberapa penjelasan diatas maka dapat dirumuskan bahwa didalam konsep gangguan jiwa terdapat beberapa butir pengertian menurut (PPDGJ-III, 2003).

1. Adanya gejala klinis yang bermakna, berupa :
 - Sindrom atau pola perilaku
 - Sindrom atau pola psikologik
2. Gejala klinis tersebut menimbulkan "penderitaan" (*distress*) antara lain dapat berupa : rasa nyeri, tidak nyaman, tidak tentram, terganggu, disfungsi organ tubuh, dll.
3. Gejala klinis tersebut menimbulkan "disabilitas" (*disability*) dalam aktifitas kehidupan sehari-hari yang biasa dan diperlukan untuk perawatan diri dan kelangsungan hidup (mandi, berpakaian, makan, kebersihan diri, buang air besar dan kecil).

2.1.2 Neurosis

- Pengertian Neurosis

Neurosis kadang-kadang disebut psikoneurosis dan gangguan jiwa (untuk membedakannya dengan psikosis atau penyakit jiwa. Menurut Singgih Dirgagunarsa (1978 : 143), neurosis adalah gangguan yang terjadi hanya pada sebagian dari kepribadian, sehingga orang yang mengalaminya masih bisa melakukan pekerjaan-pekerjaan biasa sehari-hari atau masih bisa belajar, dan jarang memerlukan perawatan khusus di rumah sakit².

Dali Gulo (1982 : 179), berpendapat bahwa neurosis adalah suatu kelainan

² Drs. Kuntjojo, PSIKOLOGI ABNORMAL, 2003

mental, hanya memberi pengaruh pada sebagian kepribadian, lebih ringan dari psikosis, dan seringkali ditandai dengan : keadaan cemas yang kronis, gangguan-gangguan pada indera dan motorik, hambatan emosi, kurang perhatian terhadap lingkungan, dan kurang memiliki energi fisik, dst.

Neurosis, menurut W.F. Maramis (1980 : 97), adalah suatu kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak diselesaikan suatu konflik tidak sadar. Berdasarkan pendapat mengenai neurosis dari para ahli tersebut dapat diidentifikasi pokok-pokok pengertian mengenai neurosis sebagai berikut.

- 1) Neurosis merupakan gangguan jiwa pada taraf ringan.
- 2) Neurosis terjadi pada sebagian aspek kepribadian.
- 3) Neurosis dapat dikenali gejala-gejala yang menyertainya dengan ciri khas kecemasan.
- 4) Penderita neurosis masih mampu menyesuaikan diri dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Jenis-jenis Neurosis

Kelainan jiwa yang disebut neurosis ditandai dengan bermacam-macam gejala. Dan berdasarkan gejala yang paling menonjol, sebutan atau nama untuk jenis neurosis diberikan. Dengan demikian pada setiap jenis neurosis terdapat ciri-ciri dari jenis neurosis yang lain, bahkan kadang-kadang adapasien yang menunjukkan begitu banyak gejala sehingga gangguan jiwa yang dideritanya sukar untuk dimasukkan pada jenis neurosis tertentu (W.F.Maramis, 1980 : 258)³.

Bahwa nama atau sebutan untuk neurosis diberikan berdasarkan gejala yang paling menonjol atau paling kuat. Atas dasar kriteria ini para ahli mengemukakan jenis-jenis neurosis sebagai berikut (W.F. Maramis, 1980 : 257-258).

- a) Neurosis cemas (anxiety neurosis atau anxiety state)

³ Drs. Kuntjojo, PSIKOLOGI ABNORMAL, 2003

- Gejala-gejala neurosis cemas

Tidak ada rangsang yang spesifik yang menyebabkan kecemasan, tetapi bersifat mengambang bebas, apa saja dapat menyebabkan gejala tersebut. Bila kecemasan yang dialami sangat hebat maka terjadi kepanikan. Adapun gejala-gejala neurosis cemas adalah Gejala-gejala neurosis cemas : 1) Gejala somatis dapat berupasesak nafas, dada tertekan, kepala ringan seperti mengambang, lekas lelah, keringat dingin, dst. 2) Gejala psikologis berupa kecemasan, ketegangan, panik, depresi, perasaan tidak mampu, dst.

- Faktor penyebab neurosis cemas

Menurut Maramis (1980 : 261), faktor pencetus neurosis cemas sering jelas dan secara psikodinamik berhubungan dengan faktor-faktor yang menahun seperti kemarahan yang dipendam.

- Terapi untuk penderita neurosis cemas

Terapi untuk penderita neurosis cemas dilakukan dengan menemukan sumber ketakutan atau kekuatiran dan mencari penyesuaian yang lebih baik terhadap permasalahan. Mudah tidaknya upaya ini pada umumnya dipengaruhi oleh kepribadian penderita.

b) Histeria

- Gejala-gejala histeria

Histeria merupakan neurosis yang ditandai dengan reaksi-reaksi emosional yang tidak terkendali sebagai cara untuk mempertahankan diri dari kepekaannya terhadap rangsang rangsang emosional. Pada neurosis jenis ini fungsi mental dan jasmaniah dapat hilang tanpa dikehendaki oleh penderita. Gejala-gejala sering timbul dan hilang secara tiba-tiba, terutama bila penderita menghadapi situasi yang menimbulkan reaksi emosional yang hebat.

- Jenis-jenis hysteria

Histeria digolongkan menjadi 2, yaitu reaksi konversi atau hysteria minor dan reaksi disosiasi atau hysteria mayor.

Histeria minor atau reaksi konversi

Pada hysteria minor kecemasan diubah atau dikonversikan (sehingga disebut reaksi konversi) menjadi gangguan fungsional susunan saraf somatomotorik atau somatosensorik, dengan gejala : lumpuh, kejang-kejang, mati raba, buta, tuli, dst.

Histeria mayor atau reaksi disosiasi

Histeria jenis ini dapat terjadi bila kecemasan yang dialami penderita demikian hebat, sehingga dapat memisahkan beberapa fungsi kepribadian satu dengan lainnya sehingga bagian yang terpisah tersebut berfungsi secara otonom, sehingga timbul gejala-gejala: amnesia, somnambulisme, fugue, dan kepribadian ganda.

- Faktor penyebab hysteria

Menurut Sigmund Freud, hysteria terjadi karena pengalaman traumatis (pengalaman menyakitkan) yang kemudian direpresi atau ditekan ke dalam alam tidak sadar. Maksudnya adalah untuk melupakan atau menghilangkan pengalaman tersebut. Namun pengalaman traumatis tersebut tidak dapat dihilangkan begitu saja, melainkan ada dalam alam tidak sadar (unconsciousness) dan suatu saat muncul ke dalam sadar tetapi dalam bentuk gangguan jiwa.

c) Neurosis fobik

- Gejala-gejala neurosis fobik

Neurosis fobik merupakan gangguan jiwa dengan gejala utamanya fobia, yaitu rasa takut yang hebat yang bersifat irasional, terhadap suatu benda atau keadaan. Fobia

dapat menyebabkan timbulnya perasaan seperti akan pingsan, rasalelah, mual, panik, berkeringat, dst. Ada bermacam-macam fobia yang nama atau sebutannya menurut faktor yang menyebabkan ketakutan tersebut, misalnya :

- *Hematophobia* : takut melihat darah
- *Hydrophobia* : takut pada air
- *Pyrophobia* : takut pada api
- *Acrophobia* : takut berada di tempat yang tinggi

- Faktor penyebab neurosis fobik

Neurosis fobik terjadi karena penderita pernah mengalami ketakutan dan shock hebat berkenaan dengan situasi atau benda tertentu, yang disertai perasaan malu dan bersalah. Pengalamantraumatis ini kemudian direpresi (ditekan ke dalam ketidaksadarannya). Namun pengalaman tersebut tidak bisa hilang dan akan muncul bila ada rangsangan serupa.

- Terapi untuk penderita neurosis fobik

Menurut Maramis, neurosis fobik sulit untuk dihilangkan sama sekali bila gangguan tersebut telah lama diderita atau berdasarkan fobia pada masa kanak-kanak. Namun bila gangguan tersebut relatif baru dialami proses penyembuhannya lebih mudah.

d) Neurosis obsesif-kompulsif

- Gejala-gejala neurosis obsesif-kompulsif

Istilah obsesi menunjuk pada suatu ide yang mendesak ke dalam pikiran atau menguasai kesadaran dan istilah kompulsi menunjuk pada dorongan atau impuls yang tidak dapat ditahan untuk tidak dilakukan, meskipun sebenarnya perbuatan tersebut tidak perlu dilakukan.

Contoh obsesif-kompulsif antara lain ;

- *Kleptomania* : keinginan yang kuat untuk mencuri meskipun dia tidak membutuhkan barang yang ia curi.

- Pyromania : keinginan yang tidak bisa ditekan untuk membakar sesuatu.
- Wanderlust : keinginan yang tidak bisa ditahan untuk bepergian.
- Mania cuci tangan : keinginan untuk mencuci tangan secara terus menerus.

- Faktor penyebab neurosis obsesif-kompulsif

Neurosis jenis ini dapat terjadi karena faktor-faktor sebagai berikut (Yulia D., 2000 : 116-117).

- Konflik antara keinginan-keinginan yang ditekan atau dialihkan.
- Trauma mental emosional, yaitu represi pengalaman masa lalu (masa kecil).

e) Neurosis depresif

- Gejala-gejala neurosis depresif

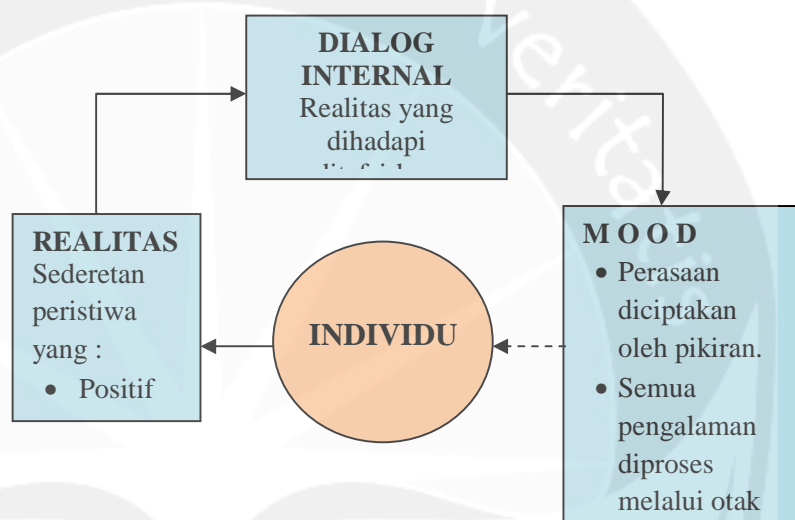
Neurosis depresif merupakan neurosis dengan gangguan utama pada perasaan dengan ciri-ciri : kurang atau tidak bersemangat, rasa harga diri rendah, dan cenderung menyalahkan diri sendiri. Gejala-gejala utama gangguan jiwa ini adalah :

- *gejala jasmaniah* : senantiasa lelah.
- *gejala psikologis* : sedih, putus asa, cepat lupa, insomnia, anoreksia, ingin mengakhiri hidupnya, dst.

- Faktor penyebab neurosis depresif

Menurut hasil riset mutakhir sebagaimana dilakukan oleh David D. Burns (1988 : 6), bahwa depresi tidak didasarkan pada persepsi akurat tentang kenyataan, tetapi merupakan produk “keterpelesetan” mental, bahwa depresi bukanlah suatu gangguan emosional sama sekali, melainkan akibat dari adanya distorsi kognitif atau pemikiran yang negatif, yang kemudian menciptakan suasana jiwa, terutama perasaan yang negatif

pula. Burns berpendapat bahwa persepsi individu terhadap realitas tidak selalu bersifat objektif. Individu memahami realitas bukan bagaimana sebenarnya realitas tersebut, melainkan bagaimana realitas tersebut ditafsirkan. Dan penafsiran ini bisa keliru bahkan bertentangan dengan realitas sebenarnya. Konsepsi tersebut kemudian oleh Burns dijelaskan dengan visualisasi sebagai berikut (1988)⁴.



Bagan 2.1 : Proses terjadinya depresi

(Sumber : RSJ' Lali Jiwo', Yogyakarta)

f) Neurasthenia

- Gejala-gejala neurasthenia

Neurasthenia disebut juga penyakit payah. Gejala utamagangguan ini adalah tidak bersemangat, cepat lelah meskipun hanya mengeluarkan tenaga yang sedikit, emosi labil, dan kemampuan berpikir menurun.

Di samping gejala-gejala utama tersebut juga terdapat gejala-gejala tambahan, yaitu insomnia, kepala pusing, sering merasa dihindangi bermacam-macam penyakit, dst.

⁴ RSJ' Lali Jiwo', Yogyakarta, 2012

- Faktor penyebab neurasthenia

Neurasthenia dapat terjadi karena beberapa faktor (ZakiahDaradjat, 1983 : 34), yaitu sebagai berikut.

- Terlalu lama menekan perasaan, pertentangan batin, kecemasan.
- Terhalangnya keinginan-keinginan.
- Sering gagal dalam menghadapi persaingan-persaingan

2.1.3 Psikosis

Menurut Singgih D. Gunarsa (1998 : 140), psikosis ialah gangguan jiwa yang meliputi keseluruhan kepribadian, sehingga penderita tidak bias menyesuaikan diri dalam norma-norma hidup yang wajar dan berlaku umum. W.F. Maramis (2005 : 180), menyatakan bahwa psikosis adalah suatu gangguan jiwa dengan kehilangan rasa kenyataan (*sense of reality*). Kelainan seperti ini dapat diketahui berdasarkan gangguan-gangguan pada perasaan, pikiran, kemauan, motorik, dst. sedemikian berat sehingga perilaku penderita tidak sesuai lagi dengan kenyataan. Perilaku penderita psikosis tidak dapat dimengerti oleh orang normal, sehingga orang awam menyebut penderita sebagai orang gila⁵.

Dapat juga digambarkan tentang psikosis yang intinya sebagai berikut.

- a. Psikosis merupakan gangguan jiwa yang berat, atau tepatnya penyakit jiwa, yang terjadi pada semua aspek kepribadian.
- b. Bahwa penderita psikosis tidak dapat lagi berhubungan dengan realitas, penderita hidup dalam dunianya sendiri.
- c. Psikosis tidak dirasakan keberadaannya oleh penderita. Penderita tidak menyadari bahwa dirinya sakit.
- d. Usaha menyembuhkan psikosis tak bias dilakukan sendiri oleh penderita tetapi hanya bisa dilakukan oleh pihak lain.
- e. Dalam bahasa sehari-hari, psikosis disebut dengan istilah gila.

⁵ Drs. Kuntjojo, PSIKOLOGI ABNORMAL, 2003

Untuk memperjelas pemahaman mengenai psikosis ada baiknya membandingkan kelainan jiwa ini dengan neurosis sebagaimana telah diidentifikasi oleh J.C. Coleman (W.F. Maramis, 2005 : 251) telah menemukan 6 perbedaan antara psikosis dengan neurosis atas dasar : 1. perilaku umum, 2. gejala-gejala, 3. orientasi, 4. Pemahaman (*insight*), 5. resiko sosial, dan 6. Penyembuhan. Perbedaan psikosis dengan neurosis menurut Coleman adalah sebagaimana disajikan dalam table berikut⁶.

Tabel 2.1
Perbedaan antara Psikosis dan Neurosis

No	Faktor	Psikosis	Neurosis
1	perilaku umum	Gangguan terjadi pada seluruh aspek kepribadian, tidak ada kontak dengan realitas.	Gangguan terjadi pada sebagian kepribadian, kontak dengan realitas masih ada.
2	gejala-gejala	Gejala bervariasi luas dengan waham, halusinasi, kedangkalan emosi, dst. yang terjadi secara terus-menerus.	Gejala psikologis dan somatik bisa bervariasi, tetapi bersifat temporer dan ringan
3	orientasi	Penderita sering mengalami disorientasi (waktu, tempat, dan orang-orang).	Penderita tidak atau jarang mengalami disorientasi . Penderita memahami bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa
4	pemahaman (<i>insight</i>)	Penderita tidak memahami bahwa dirinya sakit.	Perilaku penderita jarang atau tidak membahayakan orang lain dan diri sendiri
5	resiko sosial	Perilaku penderita dpt. membahayakan orang lain dan diri sendiri.	Tidak begitu memerlukan perawatan di rumah sakit.
6	penyembuhan	Penderita memerlukan perawatan di rumah sakit. Kesembuhan seperti keadaan semula dan permanen sulit dicapai.	Kesembuhan seperti semula dan permanen sangat mungkin untuk dicapai..

(Sumber : buku ajar asuhan keperawatan jiwa : Ade Herman, 2011)

⁶ Buku ajar asuhan keperawatan jiwa : Ade Herman, 2011

2.1.4 Gejala-gejala Gangguan Jiwa

1. Gejala Gangguan Psikologis Pada KESADARAN & KOGNISI

Kesadaran adalah suatu kondisi kesiapan mental individu dalam menanggapi rangsang dari luar maupun dari dalam. Gangguan kesadaran seringkali merupakan pertanda kerusakan organik pada otak. Terdapat berbagai tingkatan kesadaran, yaitu⁷:

- a. Kompos mentis: adalah suatu derajat optimal dari kesiapan mental individu dalam menanggapi rangsang dari luar maupun dari dalam dirinya. Individu mampu memahami apa yang terjadi pada diri dan lingkungannya serta bereaksi secara memadai.
- b. Apatia: adalah suatu derajat penurunan kesadaran, yakni individu merespon lambat terhadap stimulus dari luar. Orang dengan kesadaran apatis tampak acuh terhadap situasi disekitarnya. Psikologi & Psikoterapi.
- c. Somnolensi: adalah suatu keadaan kesadaran menurun yang cenderung tidur. Orang dengan kesadaran somnolen tampak selalu mengantuk dan bereaksi lambat terhadap stimulus dari luar.
- d. Sopor: adalah derajat penurunan kesadaran berat. Orang dengan kesadaran sopor nyaris tidak merespon terhadap stimulus dari luar, atau hanya memberikan respons minimal terhadap perangsangan kuat.
- e. Koma: adalah derajat kesadaran paling berat. Individu dalam keadaan koma tidak dapat bereaksi terhadap rangsang dari luar, meskipun sekuat apapun perangsangan diberikan padanya.
- f. Kesadaran berkabut: suatu perubahan kualitas kesadaran yakni individu tidak mampu berpikir jernih dan merespon secara memadai terhadap situasi disekitarnya. Seringkali individu tampak bingung, sulit memusatkan perhatian dan mengalami disorientasi.
- g. Delirium: suatu perubahan kualitas kesadaran yang disertai gangguan

⁷ Indra Majid, Gejala Gangguan Psikologis (www.psikoterapis.com)

fungsikognitif yang luas. Perilaku orang yang dalam keadaan delirium dapat sangatberfluktuasi, yaitu suatu saat terlihat gaduh gelisah lain waktu nampak apatis.Keadaan delirium sering disertai gangguan persepsi berupa halusinasi atauilusi. Biasanya orang dengan delirium akan sulit untuk memusatkan,mempertahankan dan mengalihkan perhatian (3 P terganggu)

- h. Kesadaran seperti mimpi (Dream like state): adalah gangguan kualitaskesadaran yang terjadi pada serangan epilepsi psikomotor. Individu dalamkeadaan ini tidak menyadari apa yang dilakukannya meskipun tampak sepertimelakukan aktivitas normal. Perlu dibedakan dengan tidur berjalan (sleepwalking) yang akan tersadar bila diberikan perangsangan (dibangunkan),sementara pada dream like state penderita tidak bereaksi terhadapperangsangan.
- i. Twilight state: keadaan perubahan kualitas kesadaran yang disertaihalusinasi. Seringkali terjadi pada gangguan kesadaran oleh sebab gangguanotak organik. Penderita seperti berada dalam keadaan separuh sadar,respons terhadap lingkungan terbatas, perilakunya impulsif, emosinya labildan tak terduga.



Gambar 2.2 : Gangguan Disosiatif

(Sumber : http://djimodjisociety.blogspot.com/2010_10_04_archive.html,
16 Maret 2012)

2. Gejala Gangguan Psikologis Pada EMOSI / PERASAAN

Emosi adalah suasana perasaan yang dihayati secara sadar, bersifat kompleks melibatkan pikiran, persepsi dan perilaku individu. Secara deskriptif fenomenologis emosi dibedakan antara mood dan afek⁸.

a. Gejala Gangguan Mental Pada Mood

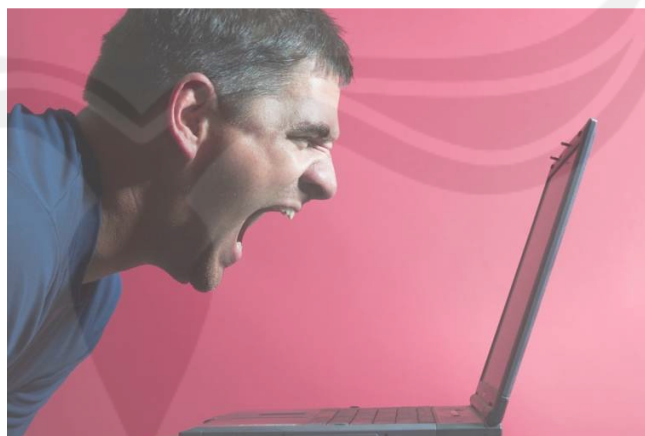
Mood adalah suasana perasaan yang bersifat pervasif dan bertahan lama, yang mewarnai persepsi seseorang terhadap kehidupannya.

1. Mood eutimia: adalah suasana perasaan dalam rentang normal, yakni individu mempunyai penghayatan perasaan yang luas dan serasi dengan irama hidupnya.
2. Mood hipotimia: adalah suasana perasaan yang secara pervasif diwarnai dengan kesedihan dan kemurungan. Individu secara subyektif mengeluhkan tentang kesedihan dan kehilangan semangat. Secara obyektif tampak dari sikap murung dan perilakunya yang lamban.
3. Mood disforia: menggambarkan suasana perasaan yang tidak menyenangkan. Seringkali diungkapkan sebagai perasaan jenuh, jengkel, atau bosan.
4. Mood hipertimia: suasana perasaan yang secara pervasif memperlihatkan semangat dan kegairahan yang berlebihan terhadap berbagai aktivitas kehidupan. Perilakunya menjadi hiperaktif dan tampak enerjik secara berlebihan.
5. Mood eforia: suasana perasaan gembira dan sejahtera secara berlebihan.
6. Mood ekstasia: suasana perasaan yang diwarnai dengan kegairahan yang meluap luap. Sering terjadi pada orang yang menggunakan zat psikostimulansia
7. Aleksitimia: adalah suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk menghayati suasana perasaannya. Seringkali

⁸ Indra Majid, Gejala Gangguan Psikologis (www.psikoterapis.com)

diungkapkan sebagai kedangkalan kehidupan emosi. Seseorang dengan aleksitimia sangat sulit untuk mengungkapkan perasaannya.

8. Anhedonia: adalah suatu suasana perasaan yang diwarnai dengan kehilangan minat dan kesenangan terhadap berbagai aktivitas kehidupan.
9. Mood kosong: adalah kehidupan emosi yang sangat dangkal, tidak atau sangat sedikit memiliki penghayatan suasana perasaan. Individu dengan mood kosong nyaris kehilangan keterlibatan emosinya dengan kehidupan disekitarnya. Keadaan ini dapat dijumpai pada pasien skizofrenia kronis.
10. Mood labil: suasana perasaan yang berubah ubah dari waktu ke waktu. Pergantian perasaan dari sedih, cemas, marah, eforia, muncul bergantian dan tak terduga. Dapat ditemukan pada gangguan psikosis akut.
11. Mood iritabel: suasana perasaan yang sensitif, mudah tersinggung, mudah marah dan seringkali bereaksi berlebihan terhadap situasi yang tidak disenangnya.



Gambar 2.3 : Mood Iritabel

(Sumber : <http://powercounseling.wordpress.com/>, Posted by: powercounseling / May 19, 2010, 16 Maret 2012)

b. Gejala Gangguan Mental Pada Afek

Afek adalah respons emosional saat sekarang, yang dapat dinilai lewat ekspresi wajah, pembicaraan, sikap dan gerak gerik tubuhnya (bahasa tubuh). Afek mencerminkan situasi emosi sesaat.

1. Afek luas: adalah afek pada rentang normal, yaitu ekspresi emosi yang luas dengan sejumlah variasi yang beragam dalam ekspresi wajah, irama suaranya maupun gerakan tubuh, serasi dengan suasana yang dihayatinya.
2. Afek menyempit: menggambarkan nuansa ekspresi emosi yang terbatas. Intensitas dan keluasan dari ekspresi emosinya berkurang, yang dapat dilihat dari ekspresi wajah dan bahasa tubuh yang kurang bervariasi.
3. Afek menumpul: merupakan penurunan serius dari kemampuan ekspresi emosi yang tampak dari tatapan mata kosong, irama suara monoton dan bahasa tubuh yang sangat kurang.
4. Afek mendatar: adalah suatu keadaan afektif berat lebih parah dari afek menumpul. Pada keadaan ini dapat dikatakan individu kehilangan kemampuan ekspresi emosi. Ekspresi wajah datar, pandangan mata kosong, sikap tubuh yang kaku, gerakan sangat minimal, dan irama suara datar seperti 'robot'.
5. Afek serasi: menggambarkan keadaan normal dari ekspresi emosi yang terlihat dari keserasian antara ekspresi emosi dan suasana yang dihayatinya. Psikologi & Psikoterapi | www.psikoterapis.com 7
6. Afek tidak serasi: kondisi sebaliknya yakni ekspresi emosi yang tidak cocok dengan suasana yang dihayati. Misalnya seseorang yang menceritakan suasana duka cita tapi dengan wajah riang dan tertawa tawa.

7. Afek labil: Menggambarkan perubahan irama perasaan yang cepat dan tiba tiba, yang tidak berhubungan dengan stimulus eksternal.

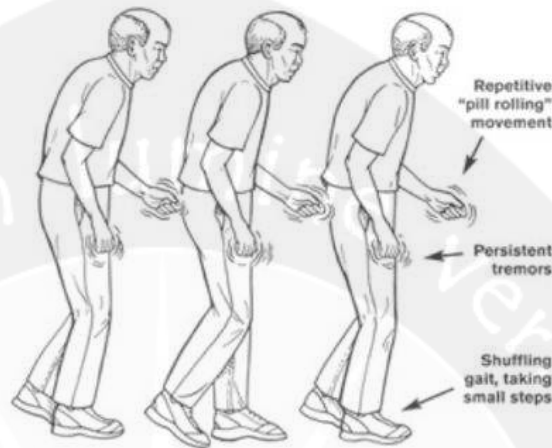
3. Gejala Gangguan Psikologis Pada PERILAKU MOTORIK

Perilaku adalah ragam perbuatan manusia yang dilandasi motif dan tujuan tertentu serta melibatkan seluruh aktivitas mental individu. Perilaku merupakan respons total individu terhadap situasi kehidupan. Perilaku motorik adalah ekspresi perilaku individu yang terwujud dalam ragam aktivitas motorik. Berikut ini diuraikan berbagai ragam gangguan perilaku motorik yang lazim dijumpai dalam praktek psikiatri, yaitu⁹:

1. Stupor Katatonik: penurunan aktivitas motorik secara ekstrim, bermanifestasi sebagai gerakan yang lambat hingga keadaan tak bergerak dan kaku seperti patung. Keadaan ini dapat dijumpai pada skizofrenia katatonik.
2. Furor katatonik: suatu keadaan agitasi motorik yang ekstrim, kegaduhan motorik tak bertujuan, tanpa motif yang jelas dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal. Dapat ditemukan pada skizofrenia katatonik, seringkali berganti dengan gejala stupor katatonik.
3. Katalepsi: adalah keadaan mempertahankan sikap tubuh dalam posisi tertentu dalam waktu lama. Individu dengan katalepsi dapat berdiri di atas satu kaki selama berjam-jam tanpa bergerak. Merupakan salah satu gejala yang bisa ditemukan pada skizofrenia katatonik.
4. Flexibilitas cerea: keadaan sikap tubuh yang sedemikian rupa dapat diatur tanpa perlawanan sehingga diistilahkan seluas lilin.
5. Akinesia: menggambarkan suatu kondisi aktivitas motorik yang sangat terbatas, pada keadaan berat menyerupai stupor pada skizofrenia katatonik.

⁹ Indra Majid, Gejala Gangguan Psikologis (www.psikoterapis.com)

6. Bradikinesia: perlambatan gerakan motorik yang biasa terjadi pada parkinsonisme atau penyakit parkinson. Individu memperlihatkan gerak yang kaku dan kehilangan respons spontan.



Gambar 2.4 : Bradikinesia

(Sumber : <http://parkinsons-disease-101.wikispaces.com/BradyKinesia>,
16 Maret 2012)

4. Gejala Gangguan Psikologis Pada PROSES BERPIKIR

Gejala gangguan mental pada proses berpikir adalah sebagai berikut¹⁰:

1. Proses pikir primer: terminologi yang umum untuk pikiran yang dereistic, tidak logis, magis; secara normal ditemukan pada mimpi, tidak normal seperti pada psikosis
2. Gangguan bentuk pikir/ arus pikir: asosiasi longgar: gangguan arus pikir dengan ide yang berpindah dari satu subyek ke subyek lain yang tidak berhubungan sama sekali; dalam bentuk yang lebih parah disebut inkohrensia.
3. Inkohrensia: pikiran yang secara umum tidak dapat kita mengerti, pikiran atau kata keluar bersama-sama tanpa hubungan yang logis atau tata bahasa tertentu hasil disorganisasi pikir.
4. Flight of Ideas / lompat gagasan: pikiran yang sangat cepat, verbalisasi berlanjut atau permainan kata yang menghasilkan perpindahan yang

¹⁰ Indra Majid, Gejala Gangguan Psikologis (www.psikoterapis.com)

konstan dari satu ide ke ide lainnya; ide biasanya berhubungan dan dalam bentuk yang tidak parah, pendengar mungkin dapat mengikuti jalan pikirnya.

5. Sirkumstansial: pembicaraan yang tidak langsung sehingga lambat mencapai point yang diharapkan, tetapi seringkali akhirnya mencapai point atau tujuan yang diharapkan, sering diakibatkan keterpakuan yang berlebihan pada detail dan petunjukpetunjuk.
6. Tangensial: ketidakmampuan untuk mencapai tujuan secara langsung dan seringkali pada akhirnya tidak mencapai point atau tujuan yang diharapkan.

2.1.5 Terapi Modalitas

A. Pengertian Terapi Modalitas

Dalam upaya mengubah perilaku pasien dan perilaku yang mal adaptif, menjadi perilaku yang adaptif maka terapi yang utama dalam keperawatan jiwa adalah terapi modalitas (Kusumawati dan Hartono).

Terapi modalitas bertujuan agar pola perilaku atau kepribadian seperti keterampilan coping, gaya komunikasi dan tingkat harga diri bertahap dapat berkembang, mengingat bahwa klien/pasien dengan gangguan jiwa membutuhkan pengawasan yang ketat dan lingkungan suportif yang aman. Beberapa terapi keperawatan didasarkan ilmu dan seni keperawatan jiwa (Ade Herman: 2011). Terapi modalitas keperawatan jiwa dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Nasir dan Muhits, 2011)¹¹.

B. Jenis-Jenis terapi Modalitas

¹¹ Buku ajar asuhan keperawatan jiwa : Ade Herman, 2011

- Psikoterapi

Psikoterapi adalah suatu cara pengobatan terhadap masalah emosional seseorang pasien yang dilakukan oleh seorang yang terlatih dalam hubungan profesional secara sukarela.

- Psikoanalisis Psikoterapi

Terapi ini dikembangkan oleh Sigmund Freud, seorang dokter yang mengembangkan “talking care”. Terapi ini didasarkan pada keyakinan bahwa seseorang terapis dapat menciptakan kondisi yang memungkinkan klien menceritakan tentang masalah pribadinya.

- Psiko terapi Individu

Psiko terapi individu merupakan bentuk terapi yang menekankan pada perubahan individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara berfikir, dan perilakunya.

- Terapi Modifikasi perilaku

Terapi perilaku didasarkan pada keyakinan bahwa perilaku dipelajari, dengan demikian perilaku yang tidak diinginkan atau maladaptif dapat diubah menjadi perilaku yang diinginkan atau adaptif.

- Terapi Okupasi

Terapi okupasi ialah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan.

- Terapi lingkungan

Terapi lingkungan “Milieu terapi” adalah suatu manipulasi ilmiah yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku pasien dan untuk mengembangkan keterampilan emosional dan sosial (Stuart & Sundeen: 1991)

- Terapi somatik

Terapi somatic adalah terapi yang diberikan pada pasien dengan tujuan merubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif dengan melakukan tindakan dalam bentuk perlakuan fisik.

- **Terapi Aktivitas Kelompok**

Penggunaan kelompok dalam praktik keperawatan jiwa memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan seseorang. Meningkatnya penggunaan kelompok terapeutik, modalitas merupakan bagian dan memberikan hasil yang positif terhadap perubahan perilaku pasien dan meningkatkan perilaku adaptif dan mengurangi perilaku adaptif.

2.1.5.1 Terapi Lingkungan

A. Pengertian Terapi Lingkungan

Perawatan klien pada rumah sakit jiwa dalam jangka waktu yang lama mengakibatkan klien mengalami penurunan kemampuan berfikir dan bertindak secara mandiri dan kehilangan hubungan dengan dunia luar, oleh karena itu diperlukan pengembangan layanan keperawatan psikiatrik salah satunya dengan penerapan terapi lingkungan di rumah sakit.

Menurut (Suliswati, 2005) terapi lingkungan merupakan keadaan lingkungan yang ditata untuk menunjang proses terapi, baik fisik, mental maupun sosial agar dapat membantu pemulihan dan pemulihan klien¹².

B. Tujuan Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan merupakan salah satu bentuk terapi klien gangguan jiwa yang dapat membantu efektifitas pemberian asuhan keperawatan jiwa. (Schultz dan Videbek, 1989) menyebutkan bahwa pemindahan klien dan lingkungan terapeutik akan memberi kesempatan untuk berfokus pada pengembangan dalam hal dan kesempatan belajar, agar klien mampu mengidentifikasi alternatif dan solusi masalah.

¹² Buku ajar asuhan keperawatan jiwa : Ade Herman, 2011

Menurut (Abroms dan Sundeen, 1995) ada dua tujuan dari terapi lingkungan yaitu:

- Membatasi gangguan dan perilaku maladaptif.
- Mengajarkan keterampilan psikososial.

Untuk melakukan pembatasan terhadap perilaku maladaptif, perlu ditekankan penggunaan terapi lingkungan dengan mengembangkan empat keterampilan psikososial.

1. *Orientation*

Pencapaian orientasi dan kesadaran terhadap realitayang lebih baik. Orientasi tersebut berhubungan dengan pemahaman klien terhadap orang, waktu, tempat dan situasi. Sedangkan kesadaran terhadap realita dapat dikuatkan melalui interaksi dan hubungan dengan orang lain.

2. *Asertation*

Kemampuan mengekspresikan perasaan dengan tepat. Klien perlu dianjurkan mengekspresikan diri secara efektif dengan tingkah laku yang dapat diterima masyarakat.

3. *Acupation*

Kemampuan klien untuk dapat memupuk percaya diri dan berprestasi melalui keterampilan. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan aktivitas dalam bentuk positif dan disukai klien, misalnya melukis, bermain musik, merangkai bunga dan lain sebagainya.

4. *Recreation*

Kemampuan menggunakan dan membuat aktifitas yang menyenangkan, contoh menebak kata, senam dan jalan-jalan.

C. Karakteristik Terapi Lingkungan (Jack, 1998)

- Setiap interaksi merupakan suatu kesempatan untuk intervensi terapeutik.
- Klien memikul tanggung jawab atas tingkah laku mereka

sendiri.

- Pemecahan masalah dicapai dengan diskusi, negosiasi dan consensus daripada hanya dengan menggunakan beberapa gambaran dari para ahli.
- Komunikasi terbuka dan langsung antara staf dan klien
- Klien didukung untuk berpartisipasi aktif dalam penanganan mereka sendiri dan dalam membuat keputusan di unit tempat mereka dirawat.
- Unit tetap sering melakukan komunikasi dan kontak dengan komunitas, keluarga serta jaringan sosial.

D. Aspek Pendukung Dalam Terapi Lingkungan

- **Aspek Fisik**

Menciptakan lingkungan fisik yang aman dan nyaman. Gedung permanen, mudah dijangkau, lengkap dengan kamar tidur, ruang tamu, ruang makan, kamar mandi dan WC. Struktur dan tatanan dalam gedung dirancang sesuai dengan kondisi dan jenis penyakit serta tingkat perkembangan klien, misalnya: ruang perawatan anak didesai dengan gambar-gambar kartun/idola anak-anak yang berbeda dengan ruang biasa.

- **Aspek Intelektual**

Tingkat intelektual klien ditentukan melalui kejelasan stimulus dari lingkungan dan sikap perawat. Misalkan lingkungan dengan warna biru dan hijau dengan memberikan stimulus ketenangan dan keteduhan. Klien harus diberi stimulus eksternal yang positif sehingga kesadaran dirinya menjadi luas dan dapat menerima kondisinya.

- **Aspek Sosial**

Dalam aspek ini perawat mengembangkan pola interaksi yang positif, hubungan psikososial yang menyenangkan dan menguatkan ego klien. Oleh karena itu perawat perlu

penggunaan teknik komunikasi yang tepat sehingga perawat dapat menciptakan hal ini.

- **Aspek Emosional**

Perawat harus menciptakan iklim emosional yang positif dengan menunjukkan sikap yang tulus, jujur, atau dapat dipercaya, bersikap spontan dalam memenuhi kebutuhan klien, empati, peka terhadap perasaan dan kebutuhan klien.

- **Aspek Spiritual**

Aspek ini ditujukan untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman, pengobatan dan perasaan damai bagi klien. Sehingga perlu disediakan sarana ibadah seperti kitab suci dan ahli agama.

2.1.5.2 Terapi Somatik

A. Pengertian Terapi Somatik

Terapi somatic adalah terapi yang diberikan pada pasien dengan tujuan merubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif dengan melakukan tindakan dalam bentuk perlakuan fisik. Terapi Somatik telah banyak dilakukan pada klien dengan gangguan jiwa¹³.

- **Restrain**

Restrain merupakan terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas klien. Alat tersebut meliputi penggunaan manset untuk pergelangan tangan atau kaki dan kain pengikat. Retran harus dilakukan pada kondisi khusus, hal ini merupakan intervensi yang terakhir jika perilaku klien sudah tidak bias diatasi atau dikontrol dengan strategi perilaku maupun

¹³ Buku ajar asuhan keperawatan jiwa : Ade Herman, 2011

modifikasi lingkungan. Indikasi restrain yaitu :

- Perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri dan lingkungannya.
- Perilaku agitasi yang sudah tidak dapat diatasi dengan obat-obatan.
- Klien yang mengalami gangguan kesadaran
- Klien yang membutuhkan bantuan untuk mendapatkan rasa aman dan pengendalian diri.
- Ancaman terhadap integritas tubuh berhubungan dengan penolakan klien untuk istirahat, makan dan minum.

- **Seklusi**

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung pasien dalam ruangan khusus. Klien dapat meninggalkan ruangan tersebut secara bebas. Bentuk seklusi dapat berupa pengurungan di ruangan tidak terkunci sampai pengurungan dalam ruangan terkunci dengan kasur tanpa seprei, tergantung dari tingkat kegawatan klien.

Indikasi seklusi yaitu pasien dengan perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain dengan lingkungan. Kontraindikasi dari terapi ini antara lain :

- Risiko tinggi bunuh diri
 - Klien dengan gangguan social
 - Kebutuhan untuk observasi masalah medis
 - Hukuman.
- **Fototerapi**
- Fototerapi atau terapi sinar adalah terapi somatic pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan klien pada sinar terang (5 – 20 kali lebih terang dari sinar ruangan). Klien disuruh duduk dengan mata terbuka 1,5 meter, di depan klien diletakkan lampu flouresen spectrum

luas setinggi mata. Waktu dan dosis terapi ini bervariasi pada tiap individu. Beberapa klien berespon jika terapi diberikan pagi hari, sementara klien lain bereaksi kalau dilakukan terapi pada sore hari. Semakin sinar terang, semakin efektif terapi per unit waktu.

Foto terapi berlangsung dalam waktu yang tidak lama namun cepat menimbulkan efek terapi. Kebanyakan klien merasa sembuh setelah 3-5 hari tetapi klien dapat kambuh jika terapi dihentikan. Terapi ini menimbulkan 75% gejala depresi yang dialami klien depresi musim dingin atau gangguan afektif musiman.

Efek samping yang terjadi setelah dilakukan terapi dapat berupa nyeri kepala, insomnia, kelelahan, mual, mata kering, keluar sekresi dari hidung atau sinus dan rasa lelah dari mata.

- ETC (Electro Convulsif Therapi)

ETC (Electro Convulsif Therapi) adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik. Tindakan ini adalah bentuk terapi pada klien dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempelkan pada pelipis klien untuk membangkitkan kejang *gandmall*.

Indikasi terapi kejang listrik adalah klien depresi pada psikosa manic depresi, klien schizophrenia stupor kakatonok dan gaduh gelisah kakatonik. ETC lebih efektif dari anti depresan untuk klien depresi dengan gejala psikotik (waham, paranoid) .

Pada klien depresi memerlukan waktu 6-12x untuk mencapai perbaikan, sedangkan pada mania dan kakatonik membutuhkan waktu lebih lama yaitu antara 10-20x terapi

secara rutin. Terapi ini dilakukan dengan frekuensi 2-3 kali sekali. Jika efektif, perubahan perilaku mulai terlihat setelah 2-6 kali terapi. Terapi ETC merupakan prosedur yang hanya digunakan pada keadaan direkomendasikan.



Gambar 2.5 : Electro Convulsif Terapi

(Sumber : <http://blog.foreignpolicy.com/posts/2009/07/16> Maret 2012)

2.1.5.3 Terapi Aktifitas Kelompok

A. Pengertian Terapi Aktifitas Kelompok

Manusia sebagai makhluk social yang hidup berkelompok dimana satu dengan yang lainnya saling berhubungan untuk berhubungan social. Kebutuhan social yang dimaksud antara lain : rasa menjadi milik orang lain atau keluarga, kebutuhan pengakuan orang lain, kebutuhan penghargaan orang lain dan kebutuhan pernyataan diri¹⁴.

Secara alamiah individu selalu dalam kelompok, sebagai contoh individu berada dalam satu keluarga. Sengan demikian pada dasarnya individu memerlukan hubungan timbal-balik hal ini biasa terjadi melalui kelompok.

Penggunaan kelompok dalam praktik keperawatan jiwa memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan

¹⁴ Buku ajar asuhan keperawatan jiwa : Ade Herman, 2011

atau terapi serta pemulihan kesehatan seseorang. Meningkatnya penggunaan kelompok terapeutik, modalitas merupakan bagian yang memberikan hasil yang positif terhadap perubahan perilaku pasien/klien, dan meningkatkan perilaku adaptif dan mengurangi perilaku mal adaptif.

Beberapa keuntungan yang dapat diperoleh dari terapi kelompok ialah meliputi dukungan (*support*), pendidikan meningkatkan pemecahan masalah, meningkatkan hubungan interpersonal dan juga meningkatkan uji realitas (*reality testing*) pada klien dengan gangguan orientasi realitas (Birckhead, 1989).

Terapi aktifitas kelompok sering digunakan dalam praktik kesehatan jiwa, bahkan merupakan hal yang penting dari keterampilan terapeutik dalam ilmu keperawatan. Terapi kelompok telah diterima profesi kesehatan.

Pemimpin kelompok dapat menggunakan keunikan individu untuk mendorong anggota kelompok untuk mengungkapkan masalah dan mendapatkan bantuan penyelesaian masalahnya dari kelompok, perawat juga adaptif dalam menilai respon klien selama berada dalam kelompok.



Gambar 2.6 : Terapi Aktifitas Kelompok
(Sumber : <http://www.inuwicaksana.com/>, 16 Maret 2012)

B. Pengertian Kelompok

Kelompok adalah kumpulan individu yang mempunyai hubungan antara satu dengan yang lainnya, saling ketergantungan serta mempunyai norma yang sama (Stuart & Sundeen, 1991).

Sedangkan kelompok terapeutik member kesempatan untuk saling bertukar (*sharing*) tujuan, umpamanya membantu individu berperilaku destruktif dalam hubungannya dengan orang lain, mengidentifikasi dan memberikan alternative untuk membantu merubah perilaku destruktif menjadi konstruktif.

Setiap kelompok mempunyai struktur dan identitas tersendiri, kekuatan kelompok memberikan kontribusi pada anggota kelompok dan pimpinan kelompok untuk saling bertukar pengalaman dan member penjelasan untuk mengatasi masalah anggota kelompok. Dengan demikian kelompok dapat dijadikan sebagai wadah untuk praktek dan arena uji coba kemampuan berhubungan dan berperilaku terhadap orang lain.

Secara umum tujuan kelompok adalah sebagai berikut :

- a) Setiap anggota kelompok dapat berbagi pengalaman.
- b) Berupaya memberikan pengalaman dan penjelasan pada anggota yang lain.
- c) Merupakan proses menerima umpan balik.

C. Manfaat Terapi Aktivitas Kelompok

Manfaat dari terapi aktifitas kelompok antara lain sebagai berikut:

- a. Umum
 - a) Meningkatkan kemampuan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
 - b) Melakukan sosialisasi
 - c) Membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif.
- b. Khusus
 - a) Meningkatkan identitas diri

- b) Menyalurkan emosi secara konstruktif
- c) Meningkatkan keterampilan hubungan interpersonal atau sosialisasi
- c. Rehabilitasi
 - a) Meningkatkan keterampilan ekspresi diri
 - b) Meningkatkan keterampilan social
 - c) Meningkatkan kemampuan empati
 - d) Meningkatkan kemampuan/pengetahuan pemecahan masalah.
- D. Tujuan terapi aktivitas kelompok
 - 1. Menggambarkan stimulasi kognitif
 - Tipe : Biblioterapy
 - Aktifitas: menggunakan artikel, sajak, puisi, buku, surat kabar untuk merangsang dan mengembangkan hubungan dengan orang lain.
 - 2. Mengembangkan stimulasi sensoris
 - Tipe: music, seni, menari
 - Aktivitas: menyediakan kegiatan, mengekspresikan perasaan
 - Tipe: Relaksasi
 - Aktivitas: Belajar teknik relaksasi dengan cara pernafasan dalam.
 - 3. Mengembangkan orientasi realitas
 - Tipe: Kelompok orientasi realitas, kelompok validasi
 - Aktifitas: Fokus pada orientasi waktu, tempat dan orang, benar, salah.
 - 4. Mengembangkan sosialisasi
 - Tipe: Kelompok remotivasi
 - Aktivitas: mengorientasi klien yang menarik diri, regresi
 - Tipe: kelompok mengingatkan
 - Aktifitas: focus pada mengingatkan untuk meningkatkan arti

positif.

E. Tahapan-Tahapan dalam terapi Aktifitas kelompok

Menurut Yalom, yang dikutip (Stuart & Sundeen, 1995). Menggambarkan fase-fase dalam terapi aktifitas kelompok adalah sebagai berikut:

1. Pre kelompok

Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan siapa yang menjadi leader, anggota, tempat dan waktu kegiatan kelompok akan dilaksanakan serta membuat proposal lengkap dengan media yang akan digunakan beserta dana yang dibutuhkan.

2. Fase awal

Pada fase ini terdapat tiga tahapan yang terjadi, yaitu: orientasi, konflik atau kebersamaan.

- Orientasi

Anggota mulai mencoba mengembangkan system social masing-masing, leader mulai menunjukkan rencana terapi dan mengambil kontrak dengan anggota.

- Konflik

Merupakan masa sulit dalam proses kelompok, anggota mulai memikirkan siapa yang berkuasa dalam kelompok, bagaimana peran kelompok, bagaimana peran anggota, tugasnya, dan saling ketergantungan yang akan terjadi.

- Kebersamaan

Anggota mulai bekerjasama untuk mengatasi masalah, anggota mulai menemukan siapa dirinya.

3. Fase kerja

Pada tahap ini kelompok sudah menjadi tim;

a. Merupakan fase yang menyenangkan bagi pemimpin dan anggota kelompok.

b. Perasaan positif dan negative dapat dikoreksi dengan

hubungan saling percaya yang telah terbina.

- c. Semua anggota bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah disepakati.
- d. Tanggung jawab merata, kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realistis.
- e. Kelompok mulai mengeksplorasi lebih jauh sesuai dengan tujuan dan tugas kelompok dalam menyelesaikan tugasnya.
- f. Fase ini ditandai dengan penyelesaian masalah yang kreatif.

Petunjuk untuk leader pada fase ini:

- a. Intervensi leader didasari pada kerangka kerja teoritis, pengalaman, personality dan kebutuhan kelompok serta anggotanya.
- b. Membantu perkembangan keutuhan kelompok dan mempertahankan batasannya, mendorong kelompok bekerja pada tugasnya.
- c. Intervensi langsung ditujukan untuk menolong kelompok mengatasi masalah khusus.

4. Fase terminasi

Ada 2 jenis terminasi yaitu terminasi akhir dan terminasi sementara. Anggota kelompok mungkin mengalami terminasi premature, tidak sukses atau sukses. Terminasi dapat menyebabkan kecemasan, regresi dan kecewa. Untuk menghindari hal ini terapis perlu mengevaluasi kegiatan dan menunjukkan betapa bermaknanya kegiatan tersebut, menganjurkan anggota untuk member umpan balik pada tiap anggota.

Terminasi tidak boleh disangkal, tetapi harus tuntas didiskusikan. Terapi aktifitas kelompok harus dievaluasi. Akhir terapi aktifitas kelompok harus dievaluasi, bias melalui pre dan post test.

2.2 Rumah Sakit Jiwa

A. Pengertian Rumah Sakit Jiwa

Pengertian Rumah Sakit menurut surat keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 031/Birhub/1972 tentang renefal adalah :

”Suatu komplek atau rumah atau ruangan yang dipergunakan untuk menampung dan merawat orang sakit; kamar-kamar orang sakit yang berada dalam suatu perumahan khusus, seperti Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus”

Sedangkan Rumah Sakit Jiwa termasuk kedalam Rumah Sakit Khusus (kelas E), karena melayani pasien yang menderita penyakit yang lebih dikhususkan, seperti penyakit jiwa, penyakit jantung, penyakit mata dan lainnya.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 986/Menkes/Per/11/1992 pelayanan rumah sakit umum pemerintah Departemen Kesehatan dan Pemerintah Daerah diklasifikasikan menjadi kelas/tipe A,B,C,D dan E (Azwar,1996):

Rumah sakit kelas E merupakan rumah sakit khusus (Special Hospital) yang menyelenggaraan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak tipe E yang didirikan pemerintah, misal Rumah Skait Jiwa, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Paru-paru, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Ibu dan Anak.

Rumah Sakit merupakan suatu kegiatan yang mempunyai potensi besar menurunkan kualitas lingkungan dan kesehatan masyarakat, terutama yang berasal dari aktivitas medis.

B. Maksud dan Tujuan Rumah Sakit Jiwa

Memberikan pelayanan dibidang kesehatan jiwa, bagi penderita gangguan jiwa, dengan berpegang pada prinsip : Tri Upaya Bina Jiwa, yang terdiri dari beberapa usaha sebagai berikut :

Tabel : 2.2
Tri Upaya Bina Jiwa

- Usaha prefensi	- usaha memberikan penyuluhan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa.
- Usaha kuratif	- usaha perawatan dan penyembuhan pasien sakit jiwa
- Usaha rehabilitasi	- memberi keterampilan untuk kembali kemasyarakat, sehingga menjadi insan yang produktif.

(Sumber: www.kemendes.go.id)

C. Spesifikasi Rumah Sakit Jiwa

Perbedaan antara Rumah Sakit Jiwa dengan Rumah Sakit Umum ialah:

- Pasien terdiri dari orang yang berperilaku abnormal walau fisiknya dalam keadaan sehat.
- Terdapat tiga tahap penyembuhan yaitu pengobatan melalui fisik, jiwa, dan sosialnya.
- Dibutuhkan ruang-ruang bersama (lebih cenderung merupakan bangsal) baik untuk perawan maupun untuk bersosialisasi.
- Dibutuhkan ruang untuk terapi dan rehabilitasi yang dilakukan dalam ruangan.
- Tanah yang luas untuk menyediakan lahan bagi terapi kerja lapangan seperti pertanian, perkebunan, dan terapi lainnya yang berada di luar ruangan.

D. Fungsi dan tujuan Rumah Sakit Jiwa

Fungsi Rumah Sakit jiwa berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. 135/Men. Kes/SK/IV/78 tentang susunan organisasi dan tata kerja rumah sakit jiwa adalah :

1. Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan jiwa pencegahan
2. Melaksanakan usaha kesehatan jiwa pemulihan
3. Melaksanakan usaha kesehatan jiwa rehabilitasi
4. Melaksanakan usaha kesehatan jiwa kemasyarakatan
5. Melaksanakan sistem rujukan (sistem Renefal)

Sedangkan tujuan dari Rumah Sakit Jiwa:

1. Mencegah terjadinya gangguan jiwa pada masyarakat (promosi preventif)
2. Menyembuhkan penderita gangguan jiwa dengan usaha-usaha penyembuhan optimal
3. Rehabilitasi di bidang kesehatan jiwa

E. Klasifikasi Rumah Sakit Jiwa

Rumah sakit jiwa dibagi dalam 3 klasifikasi :

- a. Rumah Sakit jiwa kelas A, adalah rumah sakit jiwa yang mempunyai spesifikasi luas dalam bidang kesehatan jiwa, serta dipergunakan untuk tempat pendidikan kesehatan jiwa intramular dan ekstramular.
- b. Rumah Skait Jiwa kelas B, adalah rumah sakit jiwa yang belum mempunyai spesifikasi luas, tetapi melaksanakan kesehatan jiwa intramular dan ekstramular.
- c. Rumah Sakit Jiwa Kelas C, adalah Rumah Sakit Jiwa yang hanya memberikan pelayanan.

F. Lingkup Pelayanan Rumah Sakit Jiwa

Secara garis besar dibedakan menjadi 4 kegiatan, yaitu :

- a. Kegiatan pelayanan medis, terdiri dari pencegahan, pengobatan dan perawatan, serta rehabilitasi (pembinaan)
- b. Pendidikan dan Latihan, usaha untuk meningkatkan kualitas rumah sakit
- c. Kegiatan Penelitian dan Pengembangan, usaha untuk menemukan faktor penyebab gangguan jiwa sedini mungkin.
- d. Informasi dan rujukan

Berdasarkan bentuk pelayanannya:

- a. Intramular (pelayanan dalam rumah sakit)
 - memberikan pelayanan perawatan kesehatan dan pengobatan
 - memberika pembinaan
 - melayani pengawasan penyakuran kembali ke lingkungan masyarakat
- b. Ekstramular (pelayanan keluar) kerjasama dengan pihak luar
 - memberi penuluhan

- mendeteksi gangguan jiwa yang ada di masyarakat
- memberi perawatan bagi pasien rawat jalan
- melaksanakan pembinaan dan perawatan lanjutan

G. Persyaratan Rumah Sakit Jiwa

1. Persyaratan bangunan (Peraturan MenKes RI no.920/MenKes/per/XII/1986)
 - a. Memiliki gedung yang terdiri dari:
 - Bangunan rawat jalan dan UGD
 - Bangunan instalasi penunjang medik yaitu laboratorium dan radiologi
 - Bangunan sarana rumah sakit seperti gudang, bengkel dan sebagainya
 - Bangunan rawat inap minimal 50 tempat tidur
 - Bangunan administrasi, ruang tenaga medic dan paramedic
 - Bangunan instalasi non medis seperti dapur, *laundry*, dan sebagainya
 - Taman dan parkir
 - Bangunan lain yang diperlukan berkaitan dengan usaha penyembuhan gangguan jiwa seperti ruang terapi, ruang rehabilitasi dan sebagainya.
 - b. Luas tanah untuk bangunan tidak bertingkat minimal 1,5 kali luas bangunan yang direncanakan
 - c. Luas tanah untuk bangunan bertingkat minimal 2 kali luas bangunan yang direncanakan
2. Persyaratan kapasitas tempat tidur:
 - a. Perhitungan satu tempat tidur untuk 600-800 penduduk.
 - b. Pada rumah sakit pemerintah disediakan fasilitas untuk merawat penderita *disabled* sebanyak 75% dan fasilitas keseluruhan.
 - c. Pada rumah sakit swasta disediakan fasilitas untuk merawat penderita *disabled* sebanyak 25% dan fasilitas keseluruhan.
3. Persyaratan keamanan secara umum, karena karakter pasien gangguan jiwa berat mempunyai karakter kecenderungan untuk melukai orang lain maupun diri sendiri:
 - a. Menghindari bentuk-bentuk tajam, bersudut.

- b. Menghindari pemakaian kaca
 - c. Alat pemanas ruangan, ventilasi, dan AC diletakkan pada plafond atau bagian tembok yang tinggi.
 - d. Menghindari desain dengan detail yang mudah dirusak
 - e. Penggunaan pintu dengan dua arah
 - f. Pengoperasian lift hanya dengan kunci
 - g. Dan sebagainya.
4. Persyaratan lokasi :
- a. Rumah sakit jiwa tidak bersifat isolatif, letaknya tidak boleh jauh dari pusat kota, tidak lebih dari 15Km
 - b. Perlu adanya fasilitas penunjang
 - kemudahan transportasi dan komunikasi
 - berada pada daerah datar dan tenang
 - terdapat jalur listrik dan telepon
 - terdapat sumber air bersih
 - bebas dari banjir

H. Ciri Khas Rumah Sakit Jiwa

Di dalam buku 'Hospital Architecture and Beyond.' (Rosenfield), didapatkan antara Rumah Sakit Umum, Unit Psikiatri Rumah Sakit Umum, dan Rumah Sakit Jiwa, sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Umum
- pemakai : penderita sakit fisik
 - pelayanan psikiatri : -
 - waktu perawatan : kurang dari 100 hari (*short term stat*)
 - karakter pasien : pasien banyak beristirahat (pasif)
 - fasilitas : Rumah Sakit
 - Luas tapak : tidak menonjol
 - Bentuk bangunan : bebas

2. Unit Psikiatri Rumah Sakit Umum

- Pemakai : penderita sakit mental
- Pelayanan psikiatri : hanya kuratif
- Waktu perawatan : (*mid. term stat*)
- Karakter pasien : aktif, dinamis
- Luas tapak : tidak menonjol
- Fasilitas : Rumah Sakit
- Bentuk bangunan : satu lantai

3. Rumah Sakit Jiwa

- Pemakai : penderita penyakit mental
- Pelayanan psikiatri : prevensi (pencegahan)
kuratif (pengobatan)
rehabilitasi
- Fasilitas : Rumah Sakit
Fasilitas sosial
Hunian
- Waktu pengobatan: lebih dari seratus hari (*long term stat*)
- Karakter pasien : aktif dan dinamis
- Luas tapak : sangat menonjol
- Bentuk bangunan : bangunan satu lantai, paling banyak dua lantai.

2.2.1 Lingkungan Terapeutik

Menurut As Hornby (1974) terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Terapeutik adalah lingkungan yang mendorong proses penyembuhan pasien. Lingkungan disini adalah lingkungan fisik dan sosial yang diciptakan oleh perawat¹⁵.

Pasien dalam pelayanan kesehatan sering merasa takut dan tidak pasti mengenai keadaan dirinya sendiri dari hubungan sosial yang normal. Lingkungan sebuah bangunan kesehatan memiliki situasi yang penuh dengan tekanan jiwa. Ini

¹⁵ Buku ajar asuhan keperawatan jiwa : Ade Herman, 2011

menyebabkan sistem kekebalan tubuh seseorang yang dapat menghalangi proses penyembuhan.

Lingkungan terapeutik memiliki tujuan yaitu mengembangkan harga diri, mengembangkan kepercayaan setiap pasien, mengembangkan kemampuan untuk percaya terhadap orang lain, mengembangkan hubungan yang baik dengan orang lain, dan mengembangkan keterampilan umum. Lingkungan yang bersifat terapeutik memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a. Pasien merasa akrab dengan lingkungan yang diharapkannya
- b. Pasien merasa senang, nyaman dan tidak merasa takut dengan lingkungannya
- c. Kebutuhan-kebutuhan fisik pasien mudah terpenuhi
- d. Lingkungan Rumah Sakit/bangsas yang bersih dan menciptakan rasa aman dari terjadinya luka akibat impuls-impuls pasien
- e. Personal dari lingkungan Rumah Sakit/bangsas menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan dan pendapat serta menerima perilaku pasien sebagai respon adanya stress.
- f. Lingkungan yang dapat mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan pilihannya yang membentuk perilaku yang baru.
- g. Memudahkan perhatian terhadap apa yang terjadi pada individu dan kelompok selama 24 jam
- h. Adanya proses pertukaran informasi.
- i. Personal dari klien menghargai klien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan, dan tanggung jawab.

Aplikasi suasana terapeutik pada bangunan kesehatan dapat berupa :

- a. Ketersediaan jendela dan dampaknya pada pasien
- b. Lingkungan yang tenang untuk pasien dan staff
- c. Kemudahan menemukan arah (*wayfinding*) dalam kompleks bangunan
- d. Persoalan privasi dalam tata letak pelayanan kesehatan
- e. Lingkungan interior dan dampaknya pada orang, peralatan, dan

penggunaan ruang.

- f. Kontribusi warna-warna yang tepat pada pemulihan pasien.
- g. Ketersediaan area tersembunyi yang dapat digunakan staff untuk beristirahat
- h. Keterdekatan pada staff lain
- i. Penggunaan teknologi yang sesuai
- j. Sistem pencahayaan yang sesuai dan memberikan pencahayaan yang mendukung ritme alam (siang-malam)

2.2.2 Sarana dan Prasarana dalam Rumah Sakit jiwa

Unit dalam Rumah sakit Jiwa

- a. Unit out patient
- b. Unit rawat tinggal
- c. Unit gangguan mental organik
- d. Unit rehabilitasi
- e. Unit elektromedik
- f. Unit apotek
- g. Unit laboratorium
- h. Unit dapur
- i. Unit Service

Kebutuhan Ruang

Tabel 2.3

Kebutuhan Ruang RSJ

KELOMPOK	RUANG
Kelompok Umum	<ul style="list-style-type: none">- Ruang parkir- Pos Satpam- Hall
Kelompok Administrasi	<ul style="list-style-type: none">- Ruang Pimpinan- R. Direktur- R. Wakil Direktur- R. Sekretaris- Ruang Tata Usaha- Ruang informasi- Ruang tata usaha

	<ul style="list-style-type: none">- Ruang dokumentasi- Lobby- Ruang rapat- Ruang istirahat- lavatory
Poliklinik	<ul style="list-style-type: none">- Ruang Tunggu- Ruang Konsultasi- Ruang Psikolog- Apotek- Ruang pekerja sosial- Laboratorium- Ruang dokter / psikiater- Ruang emergency- Ruang terapi
Fasilitas Sosial	<ul style="list-style-type: none">- Ruang ibadah- Toko- Cafeteria- Perpustakaan- Ruang serbaguna- Lavatory
Workshop	<ul style="list-style-type: none">- Unit-unit workshop- Gudang- lavatory
Kelompok Rawat tinggal	<ul style="list-style-type: none">- Ruang tidur pasien- Lavatori- Ruang perawat- Gudang linen- Ruang tamu- Ruang keluarga- Pantry- Ruang treatment- Ruang konsultasi
Kelompok Service	<ul style="list-style-type: none">- Dapur pusat- Gudang- Garasi/ bengkel- Ruang disel- Kamar mayat- laundry

(Sumber : RSJ 'Lali Jiwo' Yogyakarta)

2.2.3 Persyaratan Fisik Rumah Sakit

A. Persyaratan Fisik Secara Umum

Tata ruang dalam memiliki peranan dan interaksi yang intensif dengan pasien ataupun pelaku yang lain sehingga ada persyaratan-persyaratan tertentu yang harus di penuhi (Menurut peraturan Menteri Kesehatan RI Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, Depkes RI 1996) persyaratan antara lain:

1. Lantai

Terbuat dari bahan yang kedap air, permukaan rata, tidak licin dan mudah untuk di bersihkan.

2. Dinding

- Permukaan dinding harus rata dan berwarna terang dicat tembok dan mudah untuk di bersihkan.
- Permukaan dinding yang selalu terkena air harus terbuat dari bahan yang kedap air.

3. Langit-langit

- Kuat berwarna terang dan mudah untuk di bersihkan.
- Tinggi minimal 2,5m dari lantai dan tidak terlalu terlalu tinggi.
- Kerangka kayu pada langit2 terbuat dari bahan anti rayap.

4. Pintu

Kuat dapat menahan masuknya serangga, tikus, dan binatang pengganggu, bila menggunakan cat diharuskan menggunakan anti rayap.

5. Pencahayaan

Tabel 2.4
Pencahayaan Dalam Rumah Sakit

No	Ruang/unit	Pencahayaan (lux)	keterangan
1	Ruang pasien <ul style="list-style-type: none">• Saat tidak tidur• Saat tidur	100 – 200 Maksimal 50	Warna cahaya sedang
2	Ruang operasi <ul style="list-style-type: none">• Umum• Meja operasi	300 – 500 10.000 – 20.000	Warna cahaya sedang Tanpa bayangan
3	Anestesi, pemulihan ruang balut,endoscopy, laboratorium	300	-
4	X-Ray	300 - 500	-
5	Koridor	75 - 100	-
6	Tangga	Min 40	-
7	Kantor	Min 100	Malam

8	Ruang Alat	Min 100	-
9	R. Farmasi	Min 100	-
10	Dapur	Min 200	-
11	R. Cuci	Min 200	-
12	Toilet	Min 200	-
13	R. Isolasi khusus	Min 100 0,1 – 1,5	Warna cahaya biru

(Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan RI Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, Depkes RI 1996)

6. Penghawaan

Tabel 2.5
Penghawaan Dalam Rumah Sakit

No	Ruang/ Unit	Suhu(C)	Kelembapan
1	Laboratorium	22 - 25	50-60
2	Pemulihan	24 – 25	50-60
3	Perawatan	26 - 27	40-55

(Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan RI Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, Depkes RI 1996)

B. Persyaratan Fisik Rawat Inap

a. Pengertian Rawat Inap

Salah satu pelayanan yang di berikan rumah sakit yang membedakannya dengan fasilitas lainnya adalah pelayanan rawat inap (Wheeler, 1964). Rawat inap merupakan salah satu bagian terpenting dari keseluruhan fasilitas rumah sakit yang tidak lepas dari ketergantungan pada bagian lainnya. sebagian besar bentuk massa bangunan ini ditentukan oleh bentuk unit rawat inap. (Boucentrum, 1961).

Unit rawat inap adalah suatu unit perawatan bagi orang yang masuk rumah sakit dan menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, perawatan, diagnose, pengobatan, rehabilitasi medis, atau pelayanan kesehatan lainnya.

b. Tata Letak Rawat Inap

- Dekat dengan bagian diagnosis

- Dekat dengan bagian administrasi
- Dekat dengan bagian lain, seperti bag. Service
- Memberikan ketenangan pada pasien
- Relative jauh dan tidak langsung dapat melihat kamar jenazah
- Tata letak unit rawat inap pada rumah sakit jiwa didasarkan pada pola kegiatan operasionalnya.

c. Besaran Rawat Inap

Besaran rawat inap adalah besaran unit yang terbentuk dari jumlah tempat tidur yang di layani, menurut Departemen Kesehatan RI, besaran unit rawat inap yang baik tidak lebih dari 40 tempat tidur, dan menurut (Boucentrum, 1961) dalam general Hospital, besaran rawat inap tidak boleh lebih dari 32 tempat tidur.

d. Standart Rawat Inap

Syarat khusus dalam merencanakan unit rawat inap adalah :

1. Konsep perawatan yang baik, merupakan sebuah perawatan yang terpadu (Integrated Care) untuk meningkatkan efisiensi penempatan ruang.
2. Standar luas ruang adalah :
 - L. VIP : 21,5m
 - L. Klas I : 15m
 - L. Klas II : 10m
 - L. Klas III : 8m
3. Khusus pasien tertentu dipisahkan. Spt :
 - Pasien menderita penyakit menular.
 - Pasien yang menimbulkan bau.
 - Pasien gaduh gelisah (mengeluarkan suara)
4. Rawat inap sebaiknya dikelompokkan kedalam bagian sebagai berikut:
 - Ruang rawat inap, terletak blok jendela, kamar berorientasi luar lapangan, ketajaman dengan jumlah pasien VIP 1 org dengan fasilitas KM/WC didalam.

- Ruang kelas I dan II dalam blok.
 - o Kelas I untuk 2 TT
 - o Kelas II untuk 4 TT
 - Ruang kelas IIIa dan IIIb boleh di gabung dan dapat pula dipusat.
 - o Kelas IIIa untuk 6 TT
 - o Kelas IIIb untuk 8 TT
5. Stasiun perawat minimum melayani 40 TT, letak stasiun perawat harus terletak dipusat blok. Agar dapat mengawasi pasien secara aktif dan efektif. Untuk bangunan perawat yang berupa 1 blok maka dibuatkan 1 blok perawatan.
6. Bila ruang perawat tidak dilantai dasar harus ada akses yang mudah bagi pelayan dengan roda/ lift khusus
7. Akses pencapaian kesetiap ruang/ blok harus dapat dicapai dengan mudah.
- a. Bentuk rawat inap
- Berdasarkan bentuk hubungan dengan unit lain dalam Rumah Sakit, unit rawat inap dapat di bedakan atas:
1. Unit rawat inap ruang menyatu, yaitu rawat inap yang hanya di pisahkan secara fisik melalui dinding pembatas dan perbedaan ketinggian lantai. Unit rawat inap ini umumnya memiliki akses yang tinggi, dan privasi yang rendah seperti kebisingan unit lain akan mengganggu pasien yang sedang beristirahat.
 2. Unit rawat inap yang terpisah yaitu, unit rawat inap yang memiliki massa bangunan berdiri sendiri, dengan system struktur menyebar terpusat.
 3. Unit rawat inap ini memiliki akses dan prifasi yang tinggi dalam berbagai variasi rancangannya. Berdasarkan bentuk dasar selasarnya, rawat inap dapat dibedakan atas:
 - a. Unit rawat inap dengan selasar tunggal, yaitu ruang rawat inap yang dilayani dengan sebuah selasar memanjang. Bentuk ini

memungkinkan pemanfaatan penghawaan dan pencahayaan alami. Jarak terjauh dari ruang perawat keruang perawat adalah 30m. unit ini efisien tetapi kurang merata dalam pelayanan perawatan.

- b. Unit rawat inap dengan selasar ganda, yaitu rawat inap yang dilayani oleh dua selasar. Bentuk ini tidak memungkinkan penghawaan dan pencahayaan alami akibat adanya ruang tengah yang diapit oleh dua selasar. Jarak terjauh dari ruang perawat keruang perawat 18m. unit rawat inap ini lebih merata dalam pelayanan perawatan.
- c. Unit rawat inap terpusat yaitu rawat inap dengan ruang perawat dan selasar yang dikelilingi oleh ruang perawatan. Bentuk ini dapat memanfaatkan penghawaan dan pencahayaan alami dengan baik pada bagian inti bangunan. Jarak dari ruang perawat keruang perawatan lebih dekat.
- d. Unit rawat inap berbentuk persegi panjang, yaitu unit rawat inap dengan fleksibilitasnya tinggi, tetapi tingkat pengawasannya secara visual tidak tercapai.
- e. Unit rawat inap berbentuk lingkaran, dimana tingkat efisiensinya tergantung pada diameter lingkaran yang harus dapat menyeimbangkan antara jumlah ruang perawatan dan ruang pendukungnya.
- f. Unit rawat inap bersegi banyak, dimana tingkat efisiensinya tergantung pola susunan ruangnya.
- g. Unit rawat inap berbentuk segitiga, dimana tingkat efisiensinya dan pola sirkulasinya terbaik, baik jumlah maupun aksesibilitas ruang perawatannya.
- h. Unit rawat inap berbentuk radial, dimana pola sirkulasinya baik, tetapi pengawasan secara visual hanya mencapai ruang perawatandisekitar kegiatan dalam unit rawat inap.

C. Persyaratan Ruang Bagi Pasien

Berdasarkan kebutuhan psikologis pasien atau penderita serta kebutuhan keamanan dan pengawasan, maka diperoleh persyaratan ruang sebagai berikut :

a. Golongan Depressed Agresif.

Berdasarkan karakteristiknya yang berbahaya, maka pasien ditempatkan dalam ruang isolasi, dengan persyaratan sebagai berikut :

- Ruang isolasi yang tidak menambah atau menimbulkan perasaan ketegangan / tertekan pada diri pasien / penderita secara psikologis, yang dapat memperburuk kondisi pasien serta menghambat usaha penyembuhan (Benson, 1986).
- Memenuhi faktor keamanan dan pengawasan sebagai berikut:
 - o Elemen pengaman cukup kuat untuk mencegah pasien keluar dari ruangan iasolasi, sehingga tidak berbahaya bagi orang lain.
 - o Tidak ada detail, bahan, dan desain yang dapat berbahaya bagi pasien/ menyebabkan pasien terluka karena tindakannya yang tidak terkontrol.
 - o Untuk itu perlu dihindari adanya sudut tajam dalam ruang (pertemuan dua bidang yang meruncingdalam ruang), maupun ikatan-ikatan lain yang berbahaya.(listrik,scrup).
 - o Perabot dalam ruang tidak dapat dipindahkan dari tempatnya.
 - o Diperlukan pengawasan terus- menerus, dimana ruang perawat dapat mengawasi. Secara intensif tingkah pasien dalam ruang.

b. Golongan semi depressed

- Berdasarkan karakteristiknya yang sudah tidak berbahaya / menyerang orang lain, maka pasien dapat ditempatkan dalam

ruang bersama, dengan persyaratan ruang sebagai berikut:

- Ruang pasien memenuhi persyaratan psikologis :
 - Bersifat tenang (secara psikologis tidak menimbulkan / atau menyebabkan pasien merasa cemas). (Kartono, 1979).
 - Berkesan akrab (dapat terjadinya komunikasi tibal-balik), serta informal (santai, untuk meredakan kecemasan orang yang tertekan krisis jiwa). Sehingga dapat mendukung interaksi sosial yang dibutuhkan. (Campbell, 1988)
- Memenuhi faktor pengamanan dan pengawasan sebagai berikut :
 - Elemen pengaman cukup kuat untuk mencegah pasien keluar dari unit kuratif tenang tanpa penyertaan petugas.
 - Tidak ada detail / bahan maupun desain yang dapat membahayakan bagi pasien/ menyebabkan pasien terluka.
 - Untuk itu dihindari adanya sudut tajam dalam ruang (pertemuan dua bidang yang meruncing), maupun ikatan-ikatan lainnya seperti listrik.

c. Golongan Co Operative

- Pasien sudah tidak dalam ruang maupun unit, namun masih di isolasi dalam lingkungan rumah sakit jiwa, dengan kebutuhan interaksi sosial yang lebih luas. Persyaratan ruanggya adalah sebagai berikut :

Persyaratan psikologis.

Ruang/ unit pasien memenuhi persyaratan

- Dinamis (tidak kaku/ membosankan).
- Informal (santai)
- Akrab (mendukung terjalinnya komunikasi timbal balik)

Sehingga kegiatan terapi dapat lebih efektif, penderita lebih

berani mengungkapkan diri, serta dapat mengurangi ketegangan / stress. (Robert P, 1987, Benson, 1986).

